

郵送の場合は空欄をお願いします。  
郵便到着日が請求日となります。

(宛先) 茅ヶ崎市長 年 月 日

両面印刷してください。

請求者 住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1  
氏 名 居宅介護支援事業所 まろ  
電話番号 0467 ( 82 ) 1111  
(資料受領者氏名 茅ヶ崎 太郎 )  
被保険者との関係 本人 親族 ( )  
居宅介護支援事業者 介護サービス事業者  
介護保険施設 地域包括支援センター

請求者欄には、事業者名  
を記入してください。

次のとおり認定関係書類の情報提供を請求します。  
なお、提供を受けた資料は、下記の遵守事項に従って取り扱います。

希望する情報提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付
情報提供を請求する理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス計画の作成のため <input checked="" type="checkbox"/> サービスの利用のため <input type="checkbox"/> その他 ( )
情報提供を請求する 認定関係書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定審査会資料（基本調査・特記事項含む） <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書
被 保 険 者	住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1
	ふりがな 氏 名 えぼしまろ 鳥帽子麻呂
	生年月日 大正・昭和 23 年 1 月 1 日
	被保険者番号 0 0 0 0 8 2 1 1 1 1
包括同意取得の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（※無の場合は、裏面の委任状・同意書の記入が必要です）

**郵送時の注意事項**

- 切手を貼った返信用封筒を同封してください。（A3用紙1枚が入るもの）
- 「資料受領者氏名」に記載された方の身分証明書の写しを添付してください。  
※事業者が発行したことがわかる氏名・写真付きの身分証（従業員証等）

1 委任状・同意書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

1 私は、表記の茅ヶ崎市介護認定関係書類情報提供請求書兼誓約書に記載されている私の介護保険認定関係書類の情報提供につき、自ら請求できないので、同請求書に記載のある請求者を私の代理人に選任し、その権限を委任します。

2 私は、居宅サービス計画等及び居宅サービス等のため表記の請求者に対し茅ヶ崎市介護認定関係書類情報提供請求書兼誓約書に記載されている私の介護保険認定関係書類

包括同意がある場合は、こちらの記入は不要です。  
ただし、請求する際は、両面印刷をしてください。

身体機能低下により書字困難  
 その他の理由

親族等の氏名 被保険者本人との関係 ( )

住所

- 備考 1 本人が心身の障害等で署名できないときは、理由書を記入し、該当する□に、レ印を記入してください。  
2 その他の理由にレ印を記入した場合は、具体的な状態を記入してください。  
3 成年後見人の場合は、登記事項証明書の写しを提出してください。

---職員使用欄---

情報提供請求者確認書類

- 1 身分証明書 2 介護保険被保険者証 3 運転免許証 4 マイナンバーカード  
5 戸籍謄本、住民票 6 登記事項証明書 7 その他 ( )

決定区分

提供する 一部提供する 提供しない